U N I V E R S I T E D E R E I M S

F A C U L T E D E M E D E C I N E

Etablissement public à caractère scientifique et culturel

ANNEE 1971

N° 43

T H E S E

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

Monique DROPSY Epouse CHARPENTIER

Née le 29 Décembre 1933 à REIMS (Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 20 DEC. 1971

INCIDENCES PSYCHIATRIQUES

Dans un service de Médecine Générale

Président : Monsieur Henri GEOFFROY , Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542719_0027

U N I V E R S I T E D E R E I M S

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1971

N° 43

T H E S E

D E

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Monique D R O P S Y épouse C H A R P E N T I E R

née le 29 décembre 1933 à REIMS (51)

Présentée et soutenue publiquement le 20 DEC. 1971

INCIDENCES PSYCHIATRIQUES
Dans un service de médecine générale

Président : Monsieur Henri GEOFFROY, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE DE REIMS

FACULTE DE MEDECINE

Etablissement public à caractère scientifique et culturel

Directeur honoraire de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie de Reims
. . . . . M. R. FRANQUET

Doyens honoraires de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Reims
. . . . . MM. H. EZES , L. VILDE

Professeurs honoraires . . . . . MM. A. JACQUINET
M. LEULIER
R. LEFEVRE

Doyen, Directeur de l'U.E.R., Président de l'E.P.C.S.C. : H. GEOFFROY

PROFESSEURS TITULAIRES

MM.

J. BASTIEN	Clinique chirurgicale
J. BOREL	Biochimie médicale
H. CHOISY	Pharmacologie
G. DROPSY	Bactério-Viro-Immunologie
J. M. DUBOIS DE MONTREYNAUD	Pathologie expérimentale
H. EZES	Clinique obstétricale
M. FANDRE	Clinique de pédiatrie et puériculture
H. GEOFFROY	Pathologie médicale
P. QUEREUX	Anatomie
J. RIVES	Pathologie chirurgicale
J. VALEYRE	Biophysique médicale
L. VILDE	Clinique médicale
D. ZAGURY	Histologie - Embryologie

PROFESSEURS TITULAIRES A TITRE PERSONNEL

MM.

T. CAULET	Anatomie pathologique
Y. GERARD	Chirurgie orthopédique et traumatologique
R. NATAF	Ophtalmologie

PROFESSEURS SANS CHAIRES

MM.

G. BOFFA	Biochimie médicale
P. GAUGE	Physiologie
G. PETIT-MAIRE	Hygiène, médecine préventive et médecine du travail
J. RISTELHUEBER	Thérapeutique

PROFESSEURS CHARGES DE COURS A TITRE PERMANENT

MM.

M. JACQUET	Anatomie pathologique
R. LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.

J. J. ADNET	Anatomie pathologique
A. BAJOLET	Cardiologie
J. BOY	Hématologie
A. CATTAN	Cancérologie
R. COFFIN	Pédiatrie
P. COUDOUX	Médecine générale
G. DELTOUR	Biophysique
J. DEVILLE	Médecine interne

PROFESSEURS TITULAIRES A TITRE PERSONNEL

MM.

T. CAULET . . . . . Anatomie pathologique

Y. GIRARD . . . . . Chirurgie orthopédique

R. MATAF . . . . . Ophtalmologie

PROFESSEURS SANS CHAIRES

MM.

G. DOFNA . . . . . Stomatologie médicale

P. CAUSSE . . . . . Physiologie

C. PETIT-MAIRE . . . . . Hygiène, médecine préventive et médecine du travail

J. RUSTENHOLZER . . . . . Thérapeutique

PROFESSEURS CHARGES DE COURS A TITRE TEMPORAIRE

MM.

M. JACQUET . . . . . Anatomie pathologique

R. LANDSMEYER . . . . . Pathologie chirurgicale

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.

J. J. AUBERT . . . . . Anatomie radiologique

A. BAJOLET . . . . . Gastrologie

J. BOY . . . . . Néphrologie

A. CATTAN . . . . . Cancérologie

R. COMPTIN . . . . . Pédiatrie

P. COUDOUX . . . . . Médecine générale

G. DEJEAN . . . . . Biophysique

J. DEVILLE . . . . . Médecine interne

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (Suite)

MM.

M. DUFOUR	Médecine générale
J. GOUGEON	" "
F. GUYOT	Neuro-chirurgie
M. HARDEL	Cardiologie
S. KOCHMANN	Pneumo-phtisiologie
M. LEUTENEGGER	Médecine générale
J. MORICE	Neuro-psychiatrie
H. NICAISE	Chirurgie-générale
S. PAROT	Physiologie
G. PASCALIS	Neuro-psychiatrie
F. PENNAFORTE	Pédiatrie
M. RANDOUX	Chimie biologique
Mlle I. BENDOING	Anesthésiologie
MM. M. SEGAL	Electroradiologie
P. WAHL	Gynécologie-Obstétrique
P. ZEITOUN	Histologie-Embryologie

Secrétaire : R. DOHAIN

Bibliothécaire : J. PITHOIS

A Monsieur le Professeur GEOFFROY

Professeur titulaire de la chaire de Pathologie médicale
au C. H. U. de REIMS

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse, et nous a donné
de précieux conseils.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur PASCALIS

Maitre de Conférences Agrégé de la Chaire de Psychiatrie d'adultes au C. H. U. de REIMS.

Qui malgré la distance qui le séparait de son élève, a toujours été disponible pour nous guider dans la préparation de ce travail, et avec qui nous avons pu avoir un dialogue positif.

Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de notre gratitude.

Monsieur le Professeur GOUGEON

Maitre de Conférences Agrégé de la Chaire de Médecine Interne,
aunC. H. U. de Reims.

Dont la prespicacité, les connaissances cliniques et le sens de l'humain ont été pour nous un exemple.

Qu'il veuille bien accpter l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur LEUTENEGGER

Maitre de Conférences Agrégé de la Chaire de Médecine Interne
au C. H. U. de Reims

Qui a su nous donner un enseignement clinique et thérapeutique judicieux

Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jacques BAR

Professeur Agrégé de Médecine Légale et de Médecine du travail
à la Faculté de Médecine de Lille.
Chef de service au Centre Hospitalier de Douai

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de la Santé Publique

Croix de Guerre

Dont l'immense culture, le sens profond de l'humain, le courage, la lucidité aidée d'un humour des plus bienveillants, l'amour de la vie et la grande expérience clinique ont été un grand exemple pour nous et on contribué à notre formation médicale

Nous le remercions de nous avoir ouvert les portes de son service et en même temps de l'Hôtel Dieu de Douai, après notre départ de Reims, ce qui a facilité notre adaptation à une nouvelle étape de notre vie.

Nous lui sommes très reconnaissante d'avoir accepté que ce travail soit fait dans son service.

A Monsieur le Docteur HOUILLON

Médecin-Chef de l'hôpital psychiatrique départemental d'Armentières

Psychiatre attaché à l'Hôtel-Dieu de Douai

Dont la gentillesse nous

a permis de réaliser cette thèse.

A nos Maitres dela Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Reims

A nos Maitres, médecins et spécialistes du Centre Hospitalier et Universitaire de REIMS.

A Monsieur le Professeur VILDE

Monsieurle Professeur DUBOIS DE MONTREYNAUD

Monsieur le Professeur FANDRE

Monsieur le Professeur JACQUINET

Monsieur le Docteur HARMEL-TOURNEUR

A Madame le Docteur Hélène TEBOUL-WIART
Secrétaire de la Société Française de Psychologie Analytique

Qui nous guide dans notre apprentissage d'analyste.

Au Docteur Bernard NEUVILLE
Attaché au Service de Psychiâtre du Centre Hsopitalier et Universitaire de Reims

Qu'il trouve exprimée dans ces pages ma profonde gratitude, pour l'Amour de la Vie qu'il m'a fait découvrir en moi-même et pour m'avoir appris à écouter ce qu'il y a d'essentiel dans chaque être humain.

A mes camarades d'études.

A HENRI

A MARIE et LAURENT, mes enfants

A MA MERE

A MON PERE, qui aurait tant voulu vivre ce jour

A MA FAMILLE

A MES AMIS

Par délibération en date du 9 février 1968, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

INTRODUCTION

Ayant déjà une formation psychiatrique et psychanalitique, nous avons rempli pendant deux ans des fonctions d'interne dans un service de Médecine Générale - Service de M. le Professeur agrégé BAR - à l'Hôtel-Dieu de DOUAI.

M. le Professeur Agrégé BAR a bien voulu nous confier l'examen de tous les malades fonctionnels, psychosomatiques, éthyliques, et aussi celui des malades psychiatriques admis dans le service.

Nous donc pu étudier sur place l'incidence psychiatrique dans le service de Médecine Générale.

Nous rapportons cette expérience, sur le plan statistique, et propose les conclusions quinoussemblent s'en dégager.

INCIDENCES PSYCHIATRIQUES DANS UN SERVICE DE MEDECINE GENERALE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

CHAPITRE I

ETUDE STATISTIQUE DU RECRUTEMENT DU SERVICE, DU 1er OCTOBRE 1969 au 30 SEPTEMBRE 1970

Du 1er octobre 1969 au 30 septembre 1970, 1444 malades ont transité dans le service. Ils se répartissent comme suit :

- Somatiques purs : 1138, soit 78,8 %
- Psychosomatiques : 48, soit 3,32 %
- Cas frontières : 117, soit 12, 2 %
- Psychiatriques : 81, soit 5,7 %

Nous trouvons donc 21,19 % de malades admis dans le service de Médecine et présentant au moins un versant psychiatrique. Ceci mérite explication, en ce qui concerne le recrutement du service et aussi en ce qui concerne la classification retenue.

I - RECRUTEMENT DU SERVICE

Au moment de la préparation de ce travail, le service de Médecine de l'Hospice de Douai était hébergé par l'Hôtel-Dieu. Cet Hôtel-Dieu a des origines qui remontent au 17ème siècle (1624-28). Il fut établi par les échevins sur la Prairie Saint-Albin et avait pour but de "recevoir et traiter les pauvres malades".

En 1969-70, le service de Médecine Générale comportait 76 lits.

Actuellement, ce service de Médecine a émigré vers le Centre Hospitalier, situé sur la commune de Dechy. Il comporte 92 lits.

La population qu'il dessert est celle de l'arrondissement de Douai qui comprend environ 250.000 habitants.

Une grande partie de cette population est composée de mineurs et de leur famille. Il est important de connaitre les conditions de la Médecine dans les mines, pour avoir une idée des avantages auxquels les intéressés ont droit. Cette médecine des mines est divisée, dans le secteur de Douai en 2 sociétés de secours miniers, avec hcacune un centre de diagnostic, l'un à Escarpelle, l'autre à Guesnain. En même temps qu'elles supportent les charges dues aux maladies professionnelles, elles procurent les soins aux assurés du régime minier à 100 %.

Ceci explique le haut degré de fréquentation du cabinet médical par cette population, ainsi que la facilité avec laquelle elle se fait transporter à l'Hôpital.

D'autre part, cette population est, ethniquement parlant, assez hatéroclite, et des problèmes d'adaptation se posent en grand nombre.

II - BASES DE LA CLASSIFICATION.

a) Maladies psychosomatiques.

Le champ de la pathologie psychosomatique recouvre grosso modo celui des affections fonctionnelles pour ne pas parler des classiques dystonies neuro-végétatives. La plainte de ces malades concerne leur corps et s'exprime en langage du corps : ils sont adressés au Service de Médecine Générale pour investigations et examens complémentaires, lorsque le médecin traitant n'a pas trouvé de solution au problème organique apparemment posé.

L'entretien avec ces malades nous a généralement montré l'existence d'une véritable détresse psychique, d'un appel au secours. Certes, ils sont en proie à un conflit, mais ce conflit est resté littéralement à fleur de conscience.

L'aide médicale et médicamenteuse, par des drogues souvent mineures, voire des placebos, leur permet d'abord d'affronter leur angoisse. Calmés, tranquillisés par la sécurité et le maternage hospitaliers, ces patients voient leurssymptômes disparaitre. Mais ils hésitent devant une sortie, ou refusent celle-ci. Le retour aux conditions de vie habituelles représente pour eux la reconstitution de la situation conflictuelle .

Ces malades, nous l'avons dit, représentent 3, 32 % de notre statistique.

b) Maladies psychiatriques

Les malades présentant une affection psychiatrique classique peuvent être admis en Médecine, soit d'urgence, soit faute de place en service de psychiatrie, soit parce que le médecin traitant a hésité a porter le diagnostic psychiatrique et a préféré s'en remettre au médecin hospitalier.

Ces malades représentent 5,7 % de notre statistique.

c) Les cas-frontières.

Ils ne peuvent être classés ni parmi les psychosomatiques, ni parmi les psychiatriques, ni bien sûr parmi les somatiques purs. Ce sont les pré-psychotiques ou cas-frontières (border-line, en langage international).

Ce sont des malades qui présentent des troubles du caractère pouvant les mener à une toxicomanie, qui évoluera vers d'importants retentissements physiologiques, et ensuite psychiatriques. Pour d'autres, les troubles caractériels, le manque d'adaptation ne les font évoluer, ni vers une sémciologie, ni vers un syndrôme psychosomatique, mais vers ce que Bleuler a décrit comme un négativisme social écartant les moments pénibles de la réalité, vers un état schizoïde.

Dans cette catégorie, nous avons classé les éthyliques, l'intoxication alcoolique pouvant mener plus ou moins rapidement à un état psychiatrique aïgu ou chronique.

En font également partie les psychoses périodiques et les troubles caractériels des débiles mentaux.

d) Les somatiques purs

Ce sont tous les malades qui ne font pas partie des autres catégories.

Ils représenteraient dans l'idéal le recrutement exclusif d'un service de Médecine Générale : malades porteurs d'une affection lésionnelle, et guérissant grâce au traitement médical de la lésion ou de ses conséquences.

Ils représentent, heureusement, 78,8 % de notre statistique.

CHAPITRE II

REPARTITION DES MALADES A L'INTERIEUR DE CHAQUE CATEGORIE

A) LES MALADES PSYCHOSOMATIQUES

Les douleurs vagues, sans cause organique, se calmant spontanément au bout de quelques jours d'hospitalisation, sont le fait de 13 malades, tous habitués du service pour la bonne raison que le traitement de fond était impossible pour eux. Parmi ces 13 malades, 6 soit 47,5 % sont d'origine étrangère, en majorité nord-africaine.

13 malades : 27 % des psychosomatiques.

Les dysfonctionnements neuro-végétatifs purs sont au nombre de 2, soit 4,9 % des psychosomatiques.

Une malade seulement a présenté des douleurs thoraciques auxquelles nous n'avons trouvé aucune localisation, ni cause précise, organiquement parlant.

Les troubles gastriques atypiques, les coliques hépatiques déclenchées par des évènements émotionnels sont le cas de 20 malades, à majorité musulmane (7 nord-africains, et seulement 4 femmes). La symptomatologie était classique, quelquefois, mais dans tous les cas, les radios effectuées ont été normales. Chez plusieurs malades, les douleurs ont disparu spontanément après quelques jours d'hospitalisation, dont certaines avec des placebos. Chez d'autres, un sydrome dépressif a été découvert, et ils ont été traités en conséquence, par les moyens classiques, et après une amélioration, ils ont été renvoyés à leur médecin traitant. Pour la plupart, une investigation psychologique a été impossible.

Cette catégorie comprend donc 20 malades, soit 41,5 % des maladies psychosomatiques.

Quant aux douleurs vertébrales, aux rachialgies sans lésions de l'appareil locomoteur, verifiables radiologiquement, elles atteignent 3 malades, des femmes, dont 2 musulmanes et l'autre, originaire d'Europe Centrale.

Donc, cette catégorie concerne 6 % des malades psychosomatiques.

Les troubles fonctionnels de l'appareil cardio-vasculaire pour lesquels nous avons pu trouver des causes psychologiques, uniquement, concernent seulement 2 malades. L'une faisait des crises de tachycardie paroxystique qui ont été rapidement jugulées par l'Atarax. Par contre chez une femme qui avait une coronarite bien organisée depuis plusieurs mois, à la suite d'un entretien prolongé qui a mis en lumière un conditionnement très ancien, et en collaboration avec le traitement somatique, nous avons pu obtenir une régression de l'angoisse et aider la malade à affronter, et sa famille lors des visites, et son départ pour le CHU de Lille où elle devait subir des examens spécialisés.

Pour ce qui concerne les lipothymies d'origine imprécise, au cours d'un état de fatigue, à une grève sur le tas comme le dit Alexander, nous avons vu 3 malades également.

Les asthmes à composante psychologique sont au nombre de 2,soit /

B) LES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

Nous trouvons 50 malades présentant une affection psychiatrique aigüe, donc déjà autant que de malades psychosomatiques.

Parmi les névroses aigües, seulement deux malades, dont l'une a été découverte après une tentative d'autolyse, soit 2,5 % des malades psychiatriques.

Nous avons vu 3 accès maniaques, chez des femmes, dont l'une était atteinte d'une réticulo-sarcome, avec métastase cérébrale. Elle naviguait entre le service psychiatrique, le cabinet du cancérologue, et le service de Médecine Générale.

Cela correspond à 3,6 % du total des malades psychiatriques.

Les états dépressifs avec mélancolie atteignent surtout des femmes ; 5 sur 6 malades. Deux de ces malades furent hospitalisées après avoir tenté de se détruire, une troisième dut être hospitalisée à Bailleul, au cours de son deuxième séjour dans le service de Médecine.

Ces 6 malades représentent 7,2 % des malades psychiatriques.

Les dépressions névrotiques aigües fournissent la plus grande partie des malades : entaux en crise aigüe. Ils sont au nombre de 14, dont six furent réanimés après ingestion de toxique. Chez d'autres, des "idées de mort" étaient exprimées, chez les femmes surtout, au nombre de 4.

Ces malades représentent 17,4 % des malades psychiatriques.

Chez certains de ces malades, l'appel au secours que représentait la tentative de suicide fut entendu, et son échec les aida à prendre conscience de leurs vrais problèmes. Ils regagnaient leur domicile transformés.

Cependant pour d'autres l'hospitalisation en service psychiatrique fut indispensable, car ce n'était pas la première crise grave. D'autres restèrent dans le service pour récupérer un minimum d'énergie et affronter plus objectivement les évènements douloureux ayant provoqué la dépression

Nous avons vu un seul cas de psychose délirante aigüe, chez un nord-africain. Ce délire a duré 2 jours. Rien ne fut trouvé, sur le plan organique, qui pouvait provoquer cette crise, qui n'était pas la première pour ce malade. Le délire se tarit au bout de 2 jours et nous n'avons plus jamais entendu parler de ce malade.

Les épileptiques qui séjournèrent dans le service de Médecine Générale furent nombreux : 22 en tout, dont 7 furent récupérés après une tentative d'autolyse et 9 autres après une crise. Plusieurs de ces derniers avaient négligé le traitement qui leur avait été ordonné, soit au Dispensaire d'Hygiène Mentale, soit au cours d'un séjour à Bailleul ou à Armentières.

La plupart de ces malades répondait pourtant aux convocations qui leur étaient adressées, pour surveillance de leur maladie. C'est le service de Médecine qui les reprit en main, au milieu de leurs difficultés d'adaptation familiale ou sociale, en attendant de les confier de nouveau au spécialiste.

Nous avons ici 27,1 % du total de la catégorie.

Les 32 malades concernés par les maladies mentales chroniques rassemblent de nombreux syndrômes.

D'abord les névroses pures, au nombre de 16. C'est là que nous avons rencontré la plus forte proportion de tentatives de suicide, pour lesquels nous avons compté 7 malades. Bien sûr, nous pourrions y ajouter une grande partie des malades psychosomatiques, si ce n'est tous. Mais ces 16 malades présentaient uniquement un syndrôme psychique, 4 névroses d'angoisse, une névrose phobique, 5 névroses hystériques et 6 névroses obsessionnelles, dont la majorité était déjà suivie au Dispensaire d'Hygiène Mentale.

Ces malades représentent 20 % des malades psychiatriques.

Les délires systématisés ne concernent que 2 malades, dont l'un est un délire sensitif de relation chez un homme présentant aussi un foyer pulmonaire et un ulcère gastro-duodénal, et l'autre un délire passionnel, avec hallucinations visuelles, chez une femme légèrement débile.

Le service de Médecine Générale a eu sa part de syndrômes schizophréniques. Deux femmes furent récupérées au cours de maladies somatiques. Une autre le fut au cours d'une crise (observation n° 3).

Nous avons pu faire entrer à Armentières, en placement volontaire, un homme qui avait fait plusieurs séjours dans le service de Douai, et qui arrivait, par son conformisme, à rentrer chez lui pour des raisons urgentes que nous soupçonnions, mais qu'il n'a jamais voulu avouer (moeurs inverties) C'était une forme paranoïaque de schizophrénie.

Nous avons vu aussi un jeune homme schizoïde, mais qu'une séparation avec son milieu familial pouvait nettement améliorer.

Donc, au total : 7 syndrômes schizophréniques, soit 8,64 % des maladies psychiatriques.

Les 4 démences que nous avons vues, sur un an, étaient des démences séniles, avec délires à thèmes différents et hallucinations. Donc, 5 % du total de ces maladies.

Restent 4 malades mentaux pour lesquels aucun diagnostic précis n'a été posé. Nous n'avons retrouvé aucune trace d'eux après leur sortie de l'Hôtel-Dieu.

C) LES CAS-FRONTIERES

En dernier lieu reste le plus gros contingent de malades adressés au psychiatre. Ce sont les cas-frontières, les éthyliques occupent entièrement cette catégorie à quelques exceptions près.

Les exceptions sont des débiles et des psychoses périodiques. Les débiles mentaux sont arrivés tous trois dans le service de Médecine pour intoxication volontaire. Tous trois étaient âgés de moins de 30 ans.

Les psychoses périodiques atteignent également 3 malades, dont 2 femmes, au cours de l'épidémie de grippe de décembre 1969. Le troisième cas était celui d'une jeune femme célibataire, enceinte de quelques mois.

Chez les éthyliques, nous avons distingué plusieurs catégories, les complications hépatiques pouvant mener très rapidement à des désordres mentaux, tout comme l'atteinte neurologique consécutive à cette intoxication.

Ceux qui ont eu seulement une atteinte de l'état général due à l'ingestion exagérée d'alcool étaient au nombre de deux ; un seul a eu des complications gastriques provenant uniquement de cette toxicomanie.

Par contre, le nombre des malades atteints de cirrhose hépatique avec ou non hypertension portale, se chiffre à 76. Ceci correspond à presque la moitié des cas-frontières, à 27 % des malades du ressort du psychiatre, et à 55,5 % du total des malades passés en un an dans le service de Médecine, et au total des maladies infectieuses.

Les malades présentant des complications neurologiques, à quelque degré qu'il soit, sont au nombre de 33, parmi lesquels une grande majorité de polynévrites, quelques ivresses aigües et quelques encéphalopathies débutantes.

Ces 33 malades représentent 18,6 % des cas-frontières.

Les malades entrés dans le service pour cure de désintoxication éthylique étaient au nombre de 48. Mais étant donné que le service n'était pas spécialisé dans la désintoxication et que l'encadrement infirmier nécessaire à ce genre de cure était inexistant, beaucoup de malades ont récidivé à leur sortie. D'autre part, les lits étaient destinés surtout à des malades somatiques, les cures ne peuvent être que courtes et le déconditionnement est insuffisant.

Ces malades représentent 27 % des cas-frontières.

Nous avons vu également des complications psychiatriques chez certains éthyliques, des malades ayant franchi la "frontière". Certains sont connus de longue date, comme les frères A., d'autres sont entrés à l'occasion d'une crise de délire aigu.

Ils représentent 14 malades soit 7,9 % des cas-frontières.

Parmi eux, il y a un syndrôme de Korsakov, une épilepsie d'origine énolique, et quelques syndrômes de confusion mentale.

D) LES SOMATIQUES PURS.

Nous avons classé, en ce qui concerne les somatiques, chaque malades d'après le diagnostic posé pour lui à la sortie ou celui qui se rapproche le plus de ce que le Chef de Service voit pour son cas.

Evidemment, dans cette catégorie, il y a une part de malades psychosomatiques qui n'ont pu être explorer à fond sur le plan psychique, soit par manque de temps, soit surtout parce que les problèmes ont semblé si mêlés à la structure de la personnalité que leur abord direct a paru dangereux .

Pour ce qui est des maladies de l'appareil digestif, il y beaucoup de gastralgies, de douleurs atypiques, des hématénèses nécessitant un traitement d'urgence, une recto-colite hémorragique, des ulcères gastro-duodénaux.

Le nombre total est de 95 malades, soit 8,35 % des malades somatiques.

Les maladies cardio-vasculaires sont en très grand nombre. Elles vont de la crise d'angor, très fréquente, à la coronarite, aux troubles du rythme, à l'insuffisance cardio-vasculaire, aux oedèmes aigus du poumon qui furent assez nombreux. On note quelques infarctus myocardiques, des artérites cérébrales et des phlébites.

Beaucoup de malades venaient pour des bilans cardio-vasculaires souvent des hommes silicosés à la mine - avec coeur pulmonaire chronique - La aussi, nous avons vu des intrications de coronarite ou d'angor avec des signes de névrose.

Les malades cardio-vasculaires se chiffrent à 300, soit 26,35 % des malades somatiques.

Les accidents vasculaires cérébraux (les hémiplégies) sont notés à part, étant donné leur incidence neurologique. Ils se chiffrent à 85, soit 7,46 % de cette catégorie.

Les encéphalopathies d'origine vasculaire peuvent s'y rattacher : 11 cas, soit 1 %.

Parmi les maladies neurologiques, nous avons noté des tumeurs intra-craniennes, une syringomyélie, quelques scléroses en plaques, quelques Parkinson, une paralysie faciale périphérique et de nombreux syndromes méningés.

Au total, 71 malades neurologiques, mis à part les malades des 2 catégories ci-dessus. Ils resprésensent 6,23 % des malades somatiques.

Nombreux sont également les malades des voies respiratoires. Les tuberculoses pulmonaires sont rares. L'Hôpital de Douai, comporte un service de pneumo-phtisiologie doté de 40 lits qui reçoit ces cas. Néanmoins le service de Médecine en a reçu 7. Les asthmes fréquentent le service d'Allergologie, jumelé avec le précédent. Parmi les malades qui ont fréquenté le service de Médecine, nous trouvons des pneumopathies virales, des épanchements pleuraux d'origine variées, des insuffisances respiratoires chroniques, des complications de grippes, des infections broncho-pulmonaires.

Le nombre des malades des voies respiratoires est de 179, c'est-à-dire 15,72 % des maladies somatiques.

Les diabètes, les maladies de la nutrition, les maladies endocrinologiques ont participé également en grand nombre au peuplement du service de Médecine. Les complications du diabète sont comprises parmi le total, qui est de 112 malades pour cette catégorie.

Ils représentent environ 10 % des malades somatiques.

Dans le groupe des maladies infectieuses, le service a abrité un grand nombre de grippes compliquées, lors de l'épidémie grave de l'hiver 1969-70. Nous avons noté 2 tétanos, 7 typhoïdes, une méningite cérébro-spinale, des hépatites virales et divers syndromes infectieux sans étiquette.

Le total des maladies infectieuses atteint 73 cas, soit 6,25 % des maladies somatiques.

La pathologie hépato-biliaire et du pancréas, en dehors des complications d'intoxication énolique, se limite à 13 cas, parmi lesquels une hénochromatose.

Ceci représente 1,1 % des malades somatiques.

Les maladies de l'appareil urinaire atteignent 44 malades, soit 3,75 % des malades de cette catégorie.

Dans la pathologie génitale, nous avons vu 8 malades femmes et 7 malades hommes, soit 1,3 % des cas somatiques.

Les maladies hématologiques se limitent à 19 cas, parmi lesquels un malade fut hospitalisé 4 fois pour bilan au cours d'une maladie d'Hodgkin.

Ces 19 cas représentent 1,67 % des malades somatiques.

Dans le domaine des maladies de système et rhumatologie, le service a reçu 34 malades, parmi lesquels des Paget, polyarthrite chronique évolutive, lupus érythémateux disséminé et de nombreuses arthroses.

Le contingent dermatologique et des allergies professionnelles se limite à 34 cas, dont une maladie de Dühring-Brocq et 2 sclérodermies. L'Hôtel-Dieu possédant une consultation externe de Dermatologie, les malades sont facilement hospitalisés dans le service spécialisé du CHU de Lille.

Ces 34 malades représentent 2,9 % des malades somatiques.

Parmi les intoxications involontaires, soit médicamenteuses (Dyspné -Inhal) ou aux produits d'entretien ou au CO d'origine domestique, le service a vu passer 15 malades, soit 1,3 % des cas somatiques.

Un autre contingent relativement important est celui de la Gériatrie 39 malades attendant un placement, ou ne pouvant plus rester seuls à domicile.

Ces 39 vieillards représentent 3,42 % des malades somatiques.

Enfin, une dizaine de cas restent sans diagnostic ou ont subi une erreur d'orientation, avant de passer dans le service de Chirurgie ou de gynécologie

RECAPITULATION DES MALADES : Au sein des cas psychosomatiques

Hypochondrie	13 malades	27 %
Dystonies neurovégétatives	2	4,90 %
Douleurs atypiques	1	2 %
Dysfonctionnement de l'app. Digest.	20	41,5 %
Rachialgies	3	6 %
Dysfonctionnements cardiovasculaires	3	6 %
Lipothymies	3	6 %
Asthmes	2	4 %

47 malades psychosomatiques sur

II - Au sein des cas psychiatriques

Névroses aigües	2 malades	soit	2, 5 %
Accès maniaques	3		3,6 %
Mélancoliques	6		7,2 %
Dépressions névrotiques	14		17,4 %
Psychose délirante aigüe	1		1,25 %
Epilepsie	32		27,1 %
Névroses chroniques	16		20
Délires systématisés	2		2,5 %
Démences	4		5 %
Syndrômes schizophréniques	7		8,64 %
Sans diagnostic précis	4		5 %
	81 malades		

III - Au sein des cas - frontières

Complications hépatiques	76	malades	soit	43 %
Complications neurologiques	33			18,6 %
Cures de désintoxication courte	48			27 %
Complications psychiatriques	14			7,9 %
Débiles	3			1,7 %
Psychoses périodiques	3			1,7 %
	177	malades		

. IV - Au sein des cas strictement organiques

Appareil digestif		95 malades	8,35 %
Aff. cardio-vasculaire		300	26,35 %
Vasco-cérébrales (encéphalopathies vasculaires (		85	7,46 %
Neurologique		71	6,23
Pneumophtisiologie		179	15,72
Diabète-endocrinologie nutrition		112	10 %
Maladies infectieuses		73	6,25 %
Maladies hépatobiliaires		13	1,1 %
Aff. urinaire		44	3,75 %
Aff. génitale		15	1,3 %
Aff. hématologique		19	1,67 %
Maladies :	Rhumatologique	34	2,9 %
	dermatologique	34	2,9 %
	intoxication involontaire	15	1,3 %
	gériatrie	39	3,42 %
	divers	10	
Au total		1.138	malades somatiques

CHAPITRE III

DEVENIR DES MALADES PRESENTANT UN VERSANT PSYCHIATRIQUE ET HOSPITALISES EN MEDECINE

Le total des catégories 2, 3, et 4 des châpitres précédents, c'est-à dire les malades qui auraient besoin du secours du psychiatre ou d'un psychologue, atteint donc plus de 20 % des malades entrés dans le service de médecine.

I - Les psychiatriques purs sont dirigés vers l'Hôpital psychiatrique

En ce qui concerne les établissements psychiatriques, pour les malades admis en placement volontaire ou d'office, il existe des possibilités relativement réduites dans le département du Nord (ou celui du Pas-de Calais, suivant le nombre de places disponibles dans le Nord).

Comme le tableau ci-dessous le montre, il est évident que si une hospitalisation est urgente et que le nombre de places disponibles se réduit à zéro, le malade est dirigé vers Saint-Venant dans le Pas-de-Calais. Une bonne partie de la population alimentant les services hospitaliers de Douai réside d'ailleurs dans ce département. Ceci est dû au fait que l'une des deux Caisses de Secours des Mines dépendant du Centre de Douai a son siège à la limite du Pas de Calais.

Les établissements psychiatriques pouvant recevoir les malades de Douai sont donc :

- celui d'Armentières, qui comporte 6 services, dont 5 d'hommes et un service de femmes. Dans cet hôpital, également, un service libre.

- Celui de Bailleul, destiné uniquement aux femmes, d'abord, à l'inverse de celui d'Armentières, et qui comporte maintenant 5 services de femmes et un service d'hommes.

- Le centre de Saint-André-lez- Lille, avec trois services dont un service libre.

- Le centre hospitalier régional de Lille, avec un service de Psychiatrie qui est "en principe ", réservé à la population Lilloise.

En ce qui concerne le Pas-de-Calais, il existe un seul hôpital psychiatrique, à Saint-Venant, comportant des services d'hommes et de femmes, et qui peut, en cas de nécessité, recevoir des malades en provenance de Douai.

	Lits	Programme 69-70	service libre	Moyenne des lits en service
ARMENTIERES	1 200	1 440	40	2 471
BAILLEUL	1 040	1 260	96	1 594
SAINT - ANDRE	420	420		320
SAINT - VENANT	792	902		1 250

Nous notons au passage que le nombre d'hospitalisations, c'est-à dire de lits en service, est nettement supérieur à ce que les hôpitaux peuvent recevoir, pour assurer des soins d'une efficacité optimun.

Il n'est pas rare que les chefs de service soient obligés de faire installer des lits supplémentaires et provisoires, ou du moins que l'on souhaite comme tels.

De cette affluence découle évidemment la nécessité d'établissements privés, ce qui ne répond encore pas à toute la demande, au point de vue capacité d'hospitalisation. En effet le Nord comprend environ 2 425 000 habitants, et le Pas-de-Calais environ 1 400 000.

La compétence du personnel de ces établissements publics et privés est excellente, beaucoup d'infirmiers et infirmières ayant un niveau intellectuel d'une bonne moyenne. La proximité des Facultés de Lille permet également un bon recrutement de psychologues et psychothérapeutes.

L'effectif de ce personnel soignant est également bien adapté au nombre des malades hospitalisés; dans les services libres, nous avons au minimum un infirmier pour quinze malades. Dans les autres services, un infirmier pour sept ou huit malades. Le recrutement n'offre pas de difficulté tant pour la qualité que pour la quantité.

Dans le domaine des soins psychiatriques en établissements privés, nous avons noté :

- "La maison fleurie " dans la banlieue lilloise
- "La Maison Rose" à une petite centaine de kilomètres de Douai, vers le sud -est du département.

II - Les psychosomatiques sont renvoyés à leur médecin traitant pratiquement. Il est conseillé à ce médecin de les faire consulter de nouveau le psychiatre, dans le cadre du Dispensaire d'Hygiène Mentale.

Le Dispensaire d'Hygiène Mentale offre à ces malades la possibilité de consulter régulièrement le psychiatre près de leur domicile. A Douai il est situé dans le centre de la ville, donc très accessible.

Actuellement, ce psychiâtre est un Médecin-Chef de l'Hôpital autonome départemental d'Armentières. Il se déplace donc,dans le cas de Douai de 50 à 60 km, deux fois par semaine. Les consultations sont données sur rendez-vous. Les malades sont, soit convoqués par le secrétariat, soit venus d'eux-mêmes, après avoir pris rendez-vous.

Le rôle pratique de ce psychiatre, en dehors des consultations, est d'établir un contact entre les divers groupes de médecins des secteurs

privés ou semi-privés, et hospitaliers, et d'assurer les soins, la post-cure, en même temps que d'essayer de suivre les instituts médico-pédagogiques.

Ceci représente une énorme charge, bien qu'il soit aidé par deux assistantes sociales, une à deux secrétaires, une psychologue à temps plein et un autre à temps partiel rattaché à l'Hôpital psychiatrique d'Armentières.

III - Les éthyliques et les autres cas-frontières sont également renvoyés soit au Dispensaire d'Hygiène Mentale, directement, soit à leur médecin traitant.

Bien sûr, les maladies mentales nécessitent l'intervention d'un psychiatre, mais les éthyliques, quel que soit l'état de leur organisme présentent des troubles névrotiques sous-jacents, comme tous les toxicomanes. Leur rééducation et leur déconditionnement doivent être mis entre les mains d'un personnel spécialisé, pour être efficace, avant qu'ils aient franchi la frontière du psychiâtrique.

L'occasion est peut-être perdue, pour ces malades, de résoudre leurs problèmes, dans la mesure ou ceux-ci étaient solubles, car ces problèmes qu'ils portent en eux, même s'ils se sont endormis ou ont perdu leur acuité pendant le séjour à l'hôpital, ils les retrouvent un jour ou l'autre dans leur milieu de vie habituel. Et la réalité du monde extérieur n'est pas toujours prête à se modifier pour satisfaire les désirs de ces malades.

Les cabinets privés de médecins spécialistes en psychiatrie sont inexistants à Douai. Ceux qui ont reçu une formation de psychothérapeutes ou d'analystes le sont également. Les malades des catégories concernées sont donc obligés, en cas de besoin d'une psychothérapie, en dehors du Dispensaire d'Hygiène Mentale, de s'adresser à un spécialiste, soit à Lille soit à Valenciennes ou Arras, villes les plus proches, soit à Amiens ou à Paris.

La formation psychiatrique des généralistes de la région de Douai est inexistante, pour ceux qui ont fair leurs études à la Faculté de Lille. Ils en proviennent, pour la plupart. Les stages proposés en psychiatrie sont pratiquement délaissés par les étudiants, qui ont le libre choix de leurs stages.

Les rares omnipraticiens et étudiants qui ont une formation psychiatrique ou psychothérapeutique l'ont eue par désir personnel .Un bon nombre d'entre eux la réclame, d'ailleurs, dans le cadre de l'enseignement post-universitaire.

Cette situation n'est pas particulière à la région. Elle pose le problème de la formation des médecins en France.

CHAPITRE IV

DYNAMIQUE DES AFFECTIONS PSYCHOSOMATIQUES ET ESSAI D'UTILISATION DANS UN SERVICE DE MEDECINE

Nous avons essayé d'utiliser, pour la compréhension des problèmes posés par nos malades, les schémas psychosomatiques déjà classiques.

Nous y sommes parvenus, dans nombre de cas, mais dans d'autres, nous avons à inventer : ces cas concernent surtout les malades transplantés.

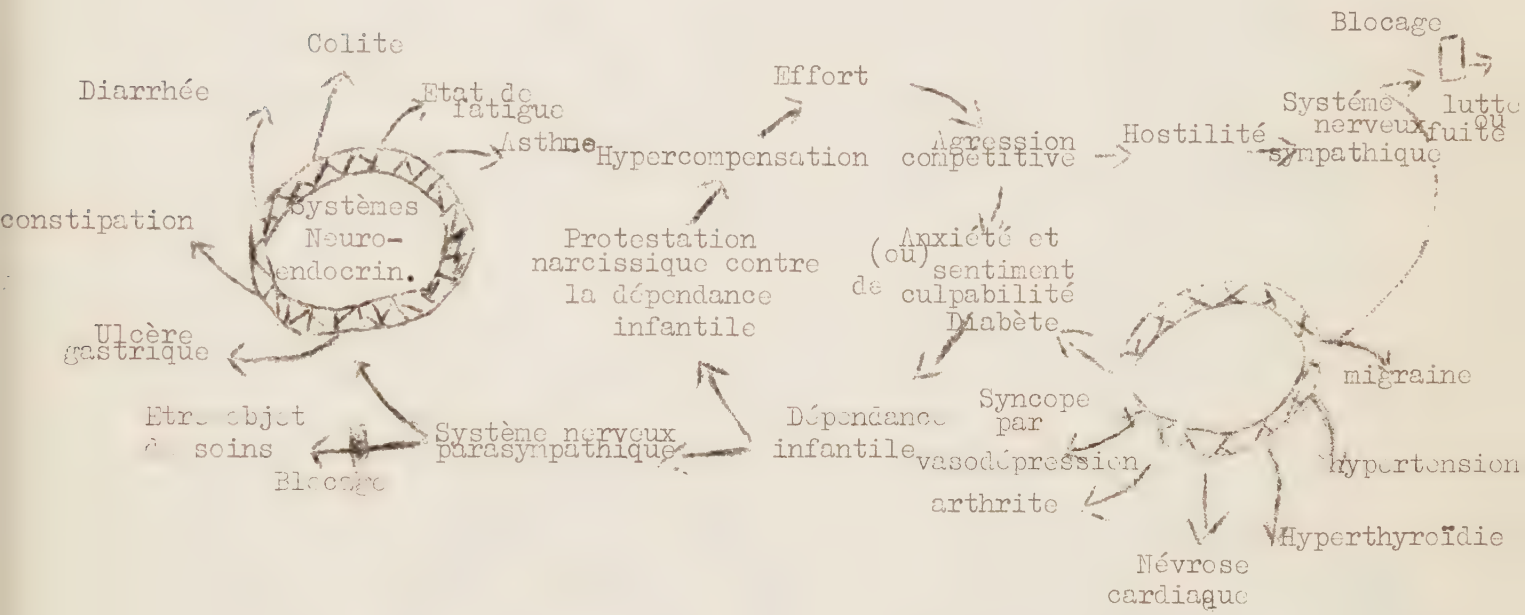
I - Les affections psychosomatiques répondent à un certain nombre de schémas. Pour ces affections comme pour toute affection psychiatrique, nous devons garder à l'exprit leur valeur de tentative d'adaptation, donc de survie, pour rappeler une situation passée ou actuelle, anormale ou intolérable. Jung écrivait à ce propos : "une tentative d'adaptation doit nécessairement figurer dans le tableau de formation d'une névrose." Et R. Cahen ajoute qu'il "faut une volonté d'adaptation de l'adulte, à ne pas confondre avec la volonté de puissance infantile".

Nous rappellerons d'abord les schémas établis par Alexander et l'École de Chicago, pour qui l'étiopathogénie des maladies psychosomatiques suit un "schéma dynamique spécifique " répondant à chaque type de personnalité.

Pour Alexander, "l'organisme est une unité, et le fonctionnement de ses parties ne peut être compris qu'en relation avec le système tout entier." Donc, la fonction psychique de l'individu est incluse. La personnalité de l'individu est mise en jeu, lors d'une maladie, dans la mesure où ses besoins vitaux sont perturbés dans la réalisation de leur finalité. Des syndrômes physiques peuvent résulter des facteurs psychologiques, répondant à la personnalité de chaque individu et à ses conflits actuels non exprimés. Le corps sert de moyen d'expression à un malaise physique ou social. Dans la même

perspective, Balint dit que "le choix des maladies utilisables par chacun est déterminé par sa constitution, son éducation, sa situation sociale, ses peurs conscientes ou inconscientes, l'image qu'il s'est fait de maladies"

Alexander a observé ces malades suivant une logique précise, pour établir le schéma suivant :



"Ces schémas montre deux genres de réponses viscérales aux états émotionnels. A droite de ce diagramme, on voit les troubles qui peuvent se développer quand l'expression des tendances hostiles agressives (lutte ou fuite) est bloquée et ne se traduit pas dans le comportement manifeste : à gauche, on voit les troubles qui se développent quand les tendances à la dépendance et à la recherche d'appui sont bloquées . "Alexander).

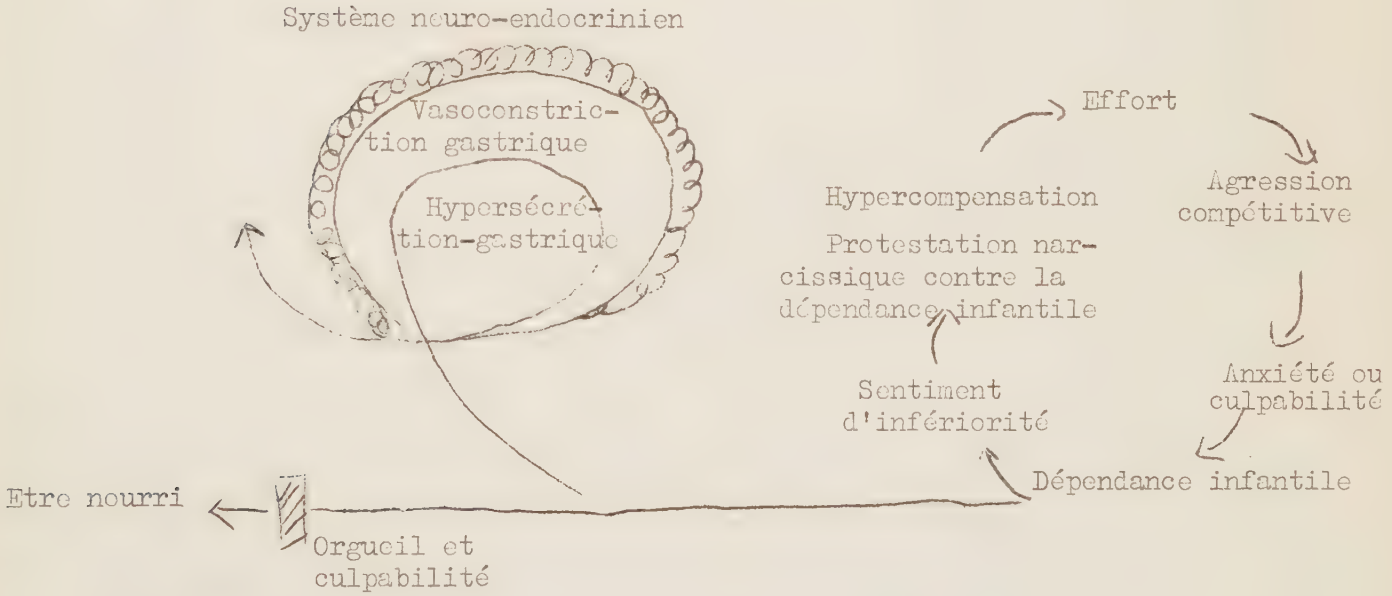
Pour donner des exemples, nous rappellerons quelques détails de ce diagramme.

Dans le cas des ulcères gastro-duodénaux, à la suite d'Alvarez, Alexander parle du "type agressif, bagarreur" comme prédisposé à cette

affection, absente chez les sujets résignés et fréquente dans notre civilisation hyper-active. Ces malades auraient des tendances orales-agressives, en même temps que des attitudes d'indépendance, alors qu'au fond d'eux-mêmes, ils désirent inconsciemment être à l'abri "comme un petit enfant". D'où refoulement des "tendances à la dépendance" et l'ulcère devient la traduction du besoin de maternage.

Certains auteurs ont trouvé que ce désir de dépendance inconscient résulte d'un sentiment réel d'abandon "éprouvé pendant l'enfance" et l'agressivité n'en serait qu'une compensation.

Appuyée par l'expérimentation, l'étiopathogénie des ulcères gastro-duodénaux répond au schéma suivant :



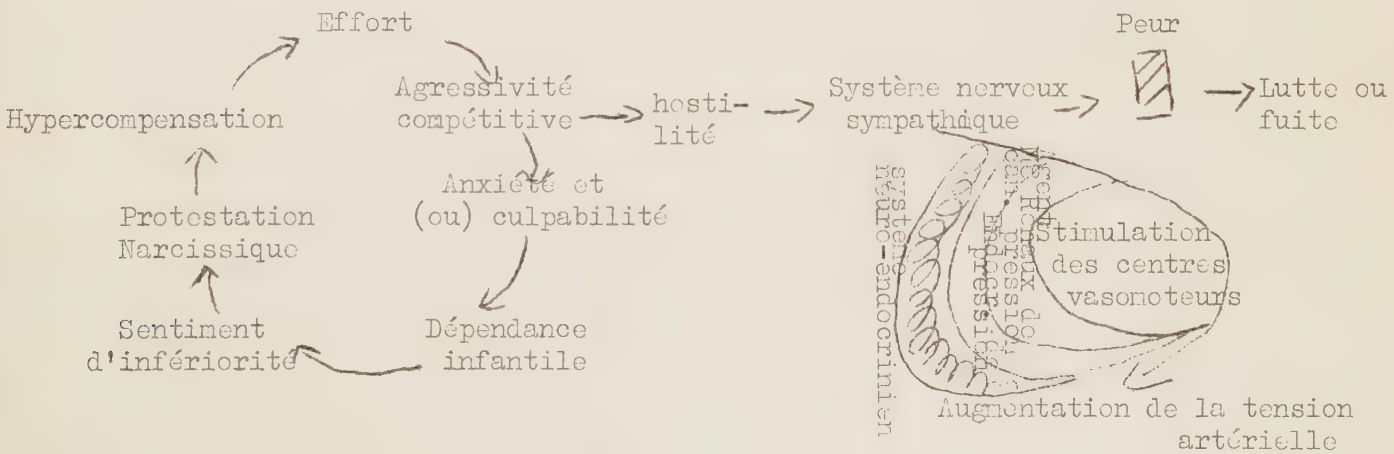
En ce qui concerne la constipation chronique psychogène, elle affecterait, selon Alexander, des sujets plutôt passifs, méfiants, à tendance paranoïaque ou mélancolique, ainsi que les sujets évoluants vers le délire de persécution : "Je ne peux rien espérer des autres, par conséquent, je n'ai pas besoin de donner quoi que ce soit. Je dois garder ce que j'ai".

En même temps , les malades constipés peuvent refouler une attitude agressive et dépréciative, (cas n° 10), la fonction excrémentielle répondant à un acte de souillure s'accordant aux "tendances coprophiles du jeune enfant".

Dans le domaine des troubles cardio-vasculaires, les troubles du rythme sont décrits par Alexander comme une "corrélation étroite entre l'anxiété, la colère et l'activité cardiaque" à laquelle s'ajoutent des facteurs organiques. Ceci est évident.

Les recherches systématiques sur les sujets hypertendus ont montré que l'anxiété est associée au refoulement de l'agressivité. Le malade retourne celle-ci contre lui-même au lieu d'en faire une capacité positive servant à son instinct de conservation et à son épanouissement humain.

D'autre part, dit Alexander, les fantasmes refoulés de ces sujets assez conformistes développeraient une culpabilité et une anxiété assez grandes. Ce refoulement des tendances agressives serait compensé par des stimulations vaso-motrices responsables de l'hypertension artérielle. Ceci est illustré par le schéma ci-dessous :



Dans le domaine des douleurs atypiques, de rachialgies sans support anatomique, de points douloureux de type rhumatismal et erratiques, ces troubles atteindraient, selon l'Ecole de Chicago, des malades-femmes, surtout. Ces malades seraient portées à une "sollicitude écrasante", à un masochisme à toute épreuve, en même temps qu'à un grand contrôle de leur affectivité.

Ce type de personnalité chercherait à expier, si l'on peut dire, une certaine culpabilité due à une hostilité vecue vis-à-vis des parents pendant l'enfance, et contesterait leur possessivité. D'où augmentation du tonus musculaire et arthrite.

C'est ainsi que des conflits psychologiques peuvent à la longue, créer des lésions organiques. On dit qu'il y a somatisation. Les maladies psychosomatiques correspondent, finalement, à un vrai délire d'organe. C'est pourquoi Alexander écrit que "les facteurs psychologiques doivent être soumis aux mêmes examens minutieux et attentifs que ceux pratiqués pour les processus physiologiques eux-mêmes.

II) Parmi les schémas décrits par cet auteur, et que nous avons adoptés pour l'examen psychologique de certains malades rencontrés, certains sont utilisables, car dans la réalité, le résultat de cet examen correspond ligne pour ligne au schéma d'Alexander. Mais dans d'autres cas, ils ne le sont pas.

a) <u>les schémas utilisables</u>

Chaque fois qu'un malade n'a pas posé de problème thérapeutique d'urgence, au point de vue somatique, nous avons essayé d'y appliquer le schéma, mais ce n'était possible que dans certaines conditions: Il faut que ce malade reste suffisamment longtemps dans le service. De cette façon, l'abord du problème psychologique à la base de ses troubles se fait sans créer un nouveau traumatisme psychologique chez le sujet. La plupart du temps le problème affleure la conscience et le malade, sentant que son appel à l'aide a trouvé une oreille attentive et bienveillante,

parle lui même de ses difficultés.

C'est ainsi que cette femme, atteinte de coronarite, a pu exprimer une partie de ses conflits, quelques jours avant des examens spécialisés. Mais les lésions, trops importantes, n'ont pu permettre de prolonger ces moments de détente psychologique.

C'est également le cas de Madame L. F., (Cas n° 8), qui a pu raconter les raisons de sa grande asthénie psychique, à cause d'évènements familaux. Le sentiment d'infériorité de cette femme se bagarrant pour son enfant a été à l'origine d'un désir inconscient de dépendance orale, cette compensation à cet effort excessif, d'où gastrite, prétexte à une demande de maternage. Celui-ci ayant été entendue, surtout par son médecin traitant à la sortie du service hospitalier, tout est rentré dans l'ordre.

b) ce qui ne correspond pas au schéma

Chez d'autres malades, le contexte ne correspond pas du tout au schéma. C'est surtout dans les cas de malades transplantés, les nord-africains en particulier, les sujets originaires d'Europe Centrale très souvent aussi.

En effet, chez certains de ces sujets, étant donné leur éducation différente de celle des occidentaux, leur mode de vie, leur culture, et le conditionnement donné par la religion musulmane pour certains, l'adaptation pose de telles difficultés qu'aucune comparaison ne peut être faite avec le mécanisme des mêmes troubles chez des sujets nés en Europe occidentale.

Pour des raisons d'ordre pratique, l'étude de ces problèmes ne peut actuellement pas être faite en détail. Elle fera l'objet d'un travail ultérieur.

CHAPITRE V

QUELQUES OBSERVATIONS

CAS N° I

Madame D. M. , 60 ans, est amenée une nuit dans le service. Elle a avalé une bonne quantité de Tranxène, drogue qu'elle prend habituellement, sur ordonnance de son médecin traitant. Le motif de cette intoxication volontaire, avec désir d'autolyse, est rapidement exprimé par la malade. "Je suis constipée, et je n'en pouvais plus de cette constipation". Bien sûr, son attitude devant l'interne (qui la voit le premier), les infirmières, puis le chef de service, est celle d'un appel au secours.

Cette femme est obsédée par sa constipation, malgré un rythme d'exonération lent, mais régulier. Elle en parle sans arrêt, mais sans note délirante.

En essayant de pousser plus loin l'interrogatoire, cherchant ce qui se cache derrière cette obsession, nous nous aperçevons qu'il est impossible de franchir la barrière de ses résistances vis-à-vis de ses vrais problèmes, d'ordre affectif. Nous nous aperçevons aussi à quel point cette femme est restée infantile et agressive dans ses rapports avec tout son entourage.

L'examen psychiatrique conduit à un diagnostic de névrose obsessionnelle, avec hyponanie. La malade repart chez elle, avec un tranquillisant, après avoir vérifié elle-même que cette constipation est bénigne , mais elle est encore dominée par son obsession.

Il eût été interessant d'avoir des entretiens plus prolongés avec cette malade, chercher avec elle pourquoi son analité a conservé autant d'importance. Il est facile, pour un analyste, de voir un blocage au stade sadico-anal, mais l'âge de la malade et le conditions de soins n'ont pas permis de provoquer une régression qui aurait fait plus de mal que de bien à cette femme. Il faut surtout dédramatiser la situation,

adapeter la malade à son propre organisme et à son rythme, dans la réalité, hors du service hospitalier, C'est le rôle du médecin traitant.

CAS N° 2. -

Il s'agit de Madame M. D., âgée de 41 ans. Elle est connue du service de Médecine, pour un asthme apparu dans l'adolescence. Elle est enceinte de 3 mois.

A son arrivée, elle fait preuve de maniérisme, d'indifférence à ses compagnes de salle, son faciès est fermé. Nous soupçonnons un syndrôme schizophrénique, ce qui est confirmé par la lecture du dossier de cette malade: lors de ses précédentes hospitalisations. Nous y apprenons qu'elle a fait des séjours prolongés dans un service psychiatrique, pour schizophrénie, qu'elle y est suivie, et que du côté psychiatrique, elle est stabilisée, sous traitement médicamenteux.

Son séjour en service de médecine se borne alors au traitement de son asthme qui étant donné le terrain a été assez long. Madame M. D. reprit, très améliorée, le chemin de son domicile.

CAS N° 3. -

C'est celui d'un jeune homme, J. R. L., 23 ans, que nous avons vu pour la première fois, un matin, avec des pansements aux poignets, pendant qu'il reprenait ses esprits. J. R. L. a fait une tentative d'autolyse d'autant plus ratée qu'elle est spectaculaire : poignets légèrement taillaidés, absorption de toxiques à doses trop faibles pour provoquer la mort. Il est étudiant et inonde internes et infirmières de propos idéalistes et utopiques, contestant surtout celui qui veut lui imposer des devoirs. Il n'est pas question de voir dans l'origine de cette tentative un désir d'initiation à la vie adulte.

Nous avons parlé avec lui de ses motivations pour, finalement, le remettre dans les mains d'un médecin qu'il voit régulièrement, dans le

service de psychiatrie du CHU de Lille, et lui offrir une possibilité de dialogue positif.

Nous n'avons plus eu de nouvelles jusqu'au jour où, en feuilletant son dossier, nous avons lu qu'il était hospitalisé à Armentières. Peut-être s'agit-il d'une schizophrénie à forme paranoïde ? Nous n'avons jamais retrouvé d'autre trace de ce malade.

CAS N° 4. -

C'est le cas de deux frères, Angelo et Charles, nés en 1925 et 1926. Ils ont leur "petite histoire" dans le service de Médecine où ils ont fait de nombreux séjours pour éthylisme. Il s'agit vraiement de "cas-frontières", la frontière entre la cohabitation possible en service hospitalier et l'internement. Nous avons cru pouvoir rééquilibrer les deux hommes à chaque hospitalisation, pour les laisser sortir avec une capacité encore existante d'adaptation à la société, en espérant qu'un jour une vraie désintoxication interviendrait, pour durer.

Leur éthilisme, du à une légère débilité mentale, provoque une misère physiologique évidente et des troubles psychiques, ceux-ci étant à type d'agitation ou de délire hallucinatoire. Ils sont tels que Cherles, en cure de désintoxication en 1969, mord une infirmière qui en porte les traces indélébiles, et provoque la terreur parmi d'autres, peu habituées à ce genre de malade.

Finalement, en juin 1970, après divers séjours, leur étylisme est devenu incurable. Ils vivent enfermés chez eux depuis de nombreuses semaines à la suite de deuils familiaux, leur état psychique se dégrade et ils sont de nouveau hospitalisés. Le scandale qu'ils font dans la salle d'hôpital les fait interner d'office à Armentières. La frontière est franchie.

CAS N° 5. -

Il s'agit d'un homme de 35 ans, L. R., qui a déjà été hospitalisé dans le service de Médecine en 1969 ; après avoir subi une gastrectomie

en 1965 ; à la suite d'un ulcère de la portion horizontale de la petite courbure. Il revient dans le service pour troubles de l'état général et "foyer congestif pulmonaire à récidive, sur terrain dysneurotonique".

Au moment où nous le voyons, quelques jours après son entrée, c'est un sujet anxieux, psychiquement fatigué. Il a perdu sa mère à 18 ans, son frère accidentellement 2 ans auparavant, une soeur à peu près en même temps. Sa femme est en mauvaise santé, il a 3 enfants à charge. Il se plaint de l'éloignement de son père habitant la Bretagne. Il dit cacher son hyperémotivité, avoir besoin de sa mère. Evidemment, comme le dit le psychiatre qui le voit, "il est tentant de l'intégrer dans une perspective psychosomatique". Cet homme a des difficultés d'insertion professionnelle, il a toujours cherché le contact, la compréhension, mais n'a pas d'idées noires. Il a une sensibilité exacerbée, un complexe d'infériorité pouvant le faire évoluer vers un délire sensitif de relation. Il a l'impression qu'on voulait qu'il soit malades, qu'on rit de lui, qu'on"l'entasse", qu'on lui jette un mauvais sort. Mais tous ces signes sont discrets. Nous en avons conclu qu'il a besoin d'une tutelle psychologique, et d'être suivi régulièrement.

En association avec le traitement de son foyer pulmonaire, il reçoit du Librium-larcxyl. Puis au bout de douze jours d'hospitalisation il rentre dans son village.

Un an après sa sortie de l'Hôtel Dieu, je suis allée le revoir chez lui pour savoir ce qu'il est devenu. Il avait vu son médecin traitant la semaine précédente. Celui-ci n'a confirmé que ses troubles sont entretenus par sa femme, à l'attitude un peu trop maternelle, qui le frustre de toute responsabilité, même celle de prendre lui-même ses médicaments.

M. L. n'a jamais repris son travail, depuis sa dernière hospitalisation et il a l'intention de voir un médecin consultant.

CAS N° 6. -

Mme B. P. est amenée dans le service après une tentative d'autolyse.

Cette femme de 49 ans a toujours vécu avec ses parents, et à la disparition de ceux-ci, a fait des gardes de malades pour subvenir à ses besoins : A 48 ans, elle s'est mariée et elle est partie dans le Sud-Ouest où réside son mari. Mais elle regagne Douai 3 mois après, se plaignant de son conjoint et ne pouvant plus vivre avec lui.

Quand nous essayons de voir avec elle la raison de son acte de désespoir, nous sommes frappés par son attitude infantile, son immaturité son besoin de dépendance infantile envers ceux qui la soignent. Son comportement est visqueux, ses réponses ne sont pas adaptées, elle fuit la réalité, tout en s'attendant sans arrêt à un échec, cherchant d'ailleurs inconsciemment la tuile qui lui tombera dessus.

Il s'agit d'une névrose d'angoisse, suivie depuis plusieurs années au Dispensaire d'Hygiène Mentale, par le docteur Houillon, qui l'a retrouvée à son passage dans le service de Médecine Générale.

Une fois la malade réanimée, après cette tentative de suicide qui ressemble surtout à un appel à l'aide, elle est dirigée de nouveau vers le Dispensaire d'Hygiène Mentale. C'est tout ce que le service de Médecine Générale peut faire pour elle, car il ne parait pas nécessaire de la placer dans un établissement spécialisé.

Quelques mois plus tard, j'ai appris que cette malade, incapable d'affronter la réalité de sa vie quotidienne, a été repêchée dans la Scarpe, après une autre tentative, réussie cette fois.

Que pouvions-nous faire de plus ? Une psychothérapie n'a pas été possible, la malade fixée dans sa névrose. Et il n'eut pas été bon de remuer le bourbier dans lequel elle s'est trouvée.

CAS N° 7. -

C'est une malade nord-africaine, âgée de 27 ans, qui a été hospitalisée pour douleurs epigastriques. Son médecin n'ayant rien découvert du point de vue somatique, l'adresse à l'Hôtel-Dieu. Les examens sont entièrement négatifs.

Du point de vue psychologique, la malade manifeste un conformisme envers lequel rien n'agit, à l'interrogatoire: tout va bien, sauf l'estomac.

Bien sûr, nous découvrons qu'à son arrivée en France en 1962, après son mariage, en 1960, elle a eu plusieurs enfants. En remontant dans le temps elle dit avoir perdu sa mère pendant l'enfance, que son père s'est ensuite remarié. Elle détourne les questions à la façon de certains méditerranéens, elle ne donne pas de réponse précise. Nous nous aperçevons aussi qu'elle est inactive, qu'elle se décharge du travail ménager sur sa belle-mère, qu'elle a aussi laissé son dernier enfant à l'hôpital d'Arras, comme si elle l'avait abandonné. Elle n'a pas eu envie d'être enceinte de cet enfant et ne s'en est pratiquement jamais occupé.

La conversation est sans cesse coupée de plaintes à propos de son estomac. Et nous en déduisons que ces douleurs ne sont qu'un prétéxte pour confier ses enfants et faire l'enfant elle-même vis-à-vis de sa belle-mère. Mais il est imprudent de lui mettre ce mécanisme sous les yeux. Encore eut-il fallu qu'elle l'entende.

Finalement cette névrose obsessionnelle est traitée par du Valium et du Thérlène, ce qui donne un résultat rapide. La malade a repris aussi vite le chemin de son domicile.

CAS N° 8. -

Cette femme âgée de 49 ans est hospitalisée pour des troubles digestifs d'ordre gastrique. Dans ses antécédents, nous notons une vie conjugale orageuse, ce qui la pousse à faire deux tentatives de suicide, en découle que ses rapports conjugaux sont anormaux, qu'elle régresse à un stade infantile, ce qui produit une nouvelle demande de maternage, refus d'une vie adulte ... C'est le cercle vicieux.

Nous n'avons plus eu de nouvelles de cette malade, car elle a été transférée en service de Gynécologie et nous n'avons pu la revoir. Il eut été intéressant de savoir si la régression en service hospitalier a permis un départ vers une vie adulte, par un certain déconditionnement.

CAS N° 10

Mme V. C., âgée de 42 ans lors de son hospitalisation, entre dans le service de Médecine au milieu d'une ambiance de drame. Elle s'est intoxiquée avec une dizaine de comprimés d'Imménoctal et quelques dragées de Butazolidine. Elle est réanimée rapidement. Quand nous la voyons le lendemain matin, son mari et sa fille sont venus expliquer leur point de vue, d'une manière assez impérative. Avant de les entendre, nous voyons Mme V. C. dans son lit, parfaitement consciente de certains de ses problèmes. Elle nous raconte qu'elle a déjà fait plusieurs petites tentatives de suicide, qu'elle est dépressive depuis plusieurs années, et qu'elle souffre de constipation opiniâtre. Elle est traitée par des tranquillisants et des hypnotiques.

Le contact avec la malade est bon. Elle a un quotient intellectuel suffisant pour prendre conscience des vrais problèmes de fond. Elle explique qu'elle ressent une frustration maternelle intense allant jusqu'au sentiment de rejet par sa mère dans son enfance, et en plus, elle avoue que son père était complètement indifférent à sa famille. Elle prend conscience qu'elle désire surtout être aimée, que son mari n'est pas du tout compréhensif, qu'elle sent ses besoins affectifs rejetés par son mari, ce qui est facilement explicable, étant donné l'infantilisme de ceux-ci.

Il s'agit donc, chez cette femme, d'une demande de maternage, d'une régression vers le stade infantile. A ce propos, Alexander explique très bien le mécanisme de la constipation "réaction à un sentiment général de rejet, d'où tendance à retenir ce qui est en leur possession".

Nous ne savons si les troubles somatiques ont disparu pendant le séjour à l'hôpital, où la malade s'est sentie acceptée dans la réalité de ses conflits. Le problème d'urgence, au retour à la maison, étant celui d'une psychothérapie de soutien par le médecin traitant, dans la mesure où il est capable d'assumer la demande de cette femme. Celle-ci était ouverte à la possibilité d'une psychothérapie d'inspiration analytique, et en avait les moyens, intellectuellement et matériellement.

CAS N° 11. -

C'est le cas du malade ressortissant à la fois du généraliste et du psychiatre.

Cet homme âgé de 62 ans, est envoyé par son médecin traitant pour troubles à type de dépression, de fatigue, de vertiges. Il a de bonnes raisons d'être dépressif. Sa naissance en Alsace lui a valu au cours de circonstances difficiles à déterminer, à cause de la distance dans le temps et de l'illégalité de la chose, une intervention qui le rendit impuissant vers 1915. Et au troisième âge, il se trouve seul, sans famille proche. Son accent lui a valu aussi des difficultés pour trouver du travail, et à l'âge mûr, et même des difficultés d'ordre politique.

A l'interrogatoire, l'anamnèse de sa vie est si confuse que nous avons des doutes sur la bonne foi de ce malade dissocié, d'autant plus que chaque épisode pénible à décrire provoque des signes subjectifs à type de vertiges. A certains moments, nous sommes tentés d'y voir un paranoïaque.

D'autre part sa mémoire est précise pour les faits anciens, moins pour les faits récents. Le Docteur Houillon voit un défaut de concentration dans la pensée, une fragilité émotionnelle, des idées d'influence qui le conduisent à un diagnostic d'involution exagérée et prématurée, et une amorce d'un état psychotique, additionné d'un appoint toxique.

En discutant de ce cas, nous avons fait la part des troubles vasculaires cérébraux, pouvant provoquer des vertiges.

Il a été traité comme tel, en plus du traitement antidépressif à base de Nozinan et Tofranyl. Il sortit du service très amélioré, et nous n'avons plus eu de nouvelles de ce malade.

CAS N° 12. -

C. Ch est un épileptique hospitalisé dans le service de Médecine Générale pour crise sur la voie publique. Il présente un aspect sthénique agressif, quand il voit le psychiâtre, au début de son hospitalisation. D'après ce qu'en sait le Dr. Houillon, C. Ch est devenu épileptique après une méningite à l'âge de six mois. Il est responsable de nombreux actes incontrôlés et il montre une grave désadaptation caractérielle. Il fait des fugues insconscientes, il s'oppose. Ceci ressemble à un appel à l'aide, à une sorte de chantage, qui prouve qu'il est resté très infantile malgré son explosivité.

Au cours de l'interrogatoire, le Dr. Houillon découvre que le milieu familial est assez tendu, qu'il y a fixation à la mère, captatrice, qui déclare elle-mêm "Je lui ai donné deux fois la vie". Cette fixation engendre inquiétude et angoisse.

Dans le service de Médecine Générale, la séparation est conseillée et elle se fait au moyen d'un séjour en Service Libre, où le malade est traité en même temps par des drogues antiépileptiques.

A la sortie du Service Libre, C. Ch est suvi régulièrement au Dispensaire d'Hygiène Mentale. Ses derniers électroencéphalogrammes sont négatifs.

CAS N° 13. -

Il s'agit d'une débile qui avait été confiée aux Papillons Blancs. Consciente de son état, cette jeune fille ressent un sentiment de frustration intense, une indifférence qui lui tourne en sentiment d'humiliation par rapport aux compagnes de son âge. Le Docteur HOUILLON, qui la suit, la voit à l'hôpital, et elle lui parait alors lointaine, fatiguée. Elle présente un certain maniérisme, un état dissociatif débutant provoqué par des réactions pithiatiques à cette frustration et à ce sentiment de rejet. Ellene sort pas, craignant la moquerie.

Elle est sortie de h'ôpital sous traitement médicamenteux. Et Elle a été prise en charge par le Dispensaire d'Hygiène Mentale, qui y associe la psychothérapie. Depuis, elle arrive à s'adapter à la vie sociale.

CAS N° 14. -

Cette malade, R. C. , est une schizophrène connue du Dispensaire d'Hygiène Mentale. Elle a des impulsions bizares, une instabilité caractérielle, mais c'est surtout une importante dégradation de l'état général qui l'amène dans le service de Médecine. Le personnel infirmier est surpris par son attitude indifférente, le peu de soins qu'elle prend d'elle même. Nous soupçonnons un syndrome schizophrénique, à forme hébéphrénique, lorsque nous la voyons, maniérée, indifférente, le faciès complètement fermé avec une ébauche d'automatisme mental caractéristique. Les relations avec sa mère sont très ambivalentes. Le personnel du Dispensaire, à qui nous téléphonons rapidement, nous confirme le diagnostic et l'indication d'entrée en service psychiatrique, pour cette malade qu'ils connaissent très bien.

Le service de médecine générale a donc fait le relai entre le généraliste qui pensait qu'il s'agissait seulement de somatique et le service spécialisé. Il faut ajouter que dans ce milieu peu évolué, la mère préoccupée aussi par un autre enfant, infirme moteur cérébral, n'avait pas signalé que R. C. était suvie par un psychiatre au Dispensaire d'Hygiène Mentale.

CAS N° 15. -

C'est encore le cas d'un malade psychiatrique récupéré dans le service de médecine générale au cours d'une crise aigüe. Ce malade nord-africain âgé d'une vingtaine d années avait été hospitalisé à Armentières le mois précédant son hospitalisation à Douai.

A la suite d'un malentendu, O. B. est repris par son père, mais une crise survient de nouveau, et le malade entre dans le service de Médecine de Douai. A l'entrée, au cours de l'examen, on note tout de suite un syndrome dissociatif, avec vol de la pensée, refus de contact avec autrui, surtout des céphalées.

Le psychiatre le voit rapidement, nous met au courant des périgrinations d'O.B., et retrouve chez ce malade "un état psychosensoriel avec sentiment de xénopathie, étrangeté, un état dépressif avec mentisme obsédant".

Ayant vu le père de ce jeune homme et lui ayant expliqué comment son fils serait soigné à Armentières, le psychiatre a accueilli de nouveau O. B. dans un service de l'Hôpital Départemental, après un très court séjour à l'Hôtal-Dieu.

CONCLUSIONS

Nous avons passé deux ans comme interne dans le Service de Médecine Générale. Nous avons été frappés par l'importance de la population des névrosés classiques ou plus volontiers à expression somatique, "maladies fontionnelles". La plupart des médecins généralistes nous semblaient peu familiers de cette pathologie, ou réservés par rapport à ce style de malade, ce qui les conduits à multiplier les conduites médicales organiques, par exemple : les examens paracliniques, les traitements médicamenteux.

Cette constatation, après d autres, conduit à poser le problème de de la formation médicale. Nous c oyons que tout médecin devrait savoir u qu'il existe entre lui et ses malades, même les plus organiques, des relations de transfert et de contre-transfert, vu que la qualité d'évolution de ces relations influe directement sur la conduite du traitement, l'assentiment du malade à celui-ci, la thérapeutique, les résultats obtenus.

Tout médecin devraitsavoir aussi que le nombre ou la répétition des examens cliniques ou paracliniques, à plus forte raison des interventions chirurgicales, ne sont pas anodins et qu'ils peuvent à la limite favoriser l'apparition, voire créer de toutes pièces une pathologie somatique chez les consultants qui étaient indemnes à l'origine.

Nous avons tâché d'illustrer ces points en exprimant ce que tout le monde sait : les médecins les plus expérimentés sont habituellement désarmés devant les modes de psychiatrie classique, sur le plan diagnostic comme sur le plan thérapeutique. Et la présence de psychiatres ou d'unités de psychiatrie au sein des hôpitaux généraux est nécessaire de ce fait, comme pour toute discipline spécialisée.

Les malades psychosomatiques, en effet, demandent à être traités par le psychiatre en coopération avec le généraliste. Il faut soigner "l'âme" chez eux, dans la mesure du possible, en même temps qu'on répare ou qu'on limite les lésions somatiques. L'idéal serait que l'omnipraticien

puisse faire les deux à la fois, qu'il ait reçu une formation adéquate soit en faculté pendant ses stages, soit en participant à un groupe d'étude de ces problèmes, groupe Balint par exemple. Le minimum serait qu'il sache reconnaitre la composante psychologique dans l'origine des troubles somatiques, pour pouvoir travailler en collaboration avec le psychothérapeute.

Dans le domaine des névroses, le généraliste devrait pouvoir discriminer, dès les premiers contacts avec le malade les symptômes névrotiques qui peuvent dès le début, entraver le traitement, dans le cadre d'un transfert et d'un contre-transfert interminable et inextricable, le transfert étant une réminiscence du passé psychologique du patient.

Pour le médecin, cette discrimination pourrait déjà lui permettre de réaliser une asptie psychologique et de l'orienter vers un spécialiste assez rapidement, avant d'entrer dans l'enchevêtrement des problèmes de son patient. Et cela de la même façon qu'il peut orienter un malade vers un cardiologue ou un dermatologue. Il semble qu'il existe une certaine peur ou un certain amour-propre qui refuse l'existence de la névrose. Ceci s'explique par l'ensemble des fantasmes que le médecin ou l'entourage du malade peut projeter sur celui-ci.

Ceci est encore plus vrai, cette fois, lorsqu'il s'agit d'éthyliques. C'est le généraliste, plus qu'un autre, qui est appelé à voir le malade dans son cadre familial, social. C'est lui qui connait le mieux lesconditions de vie de son patient, ses problèmes familiaux, matériels aussi. Et son rôle est important dans la dédramatisation de la toxicomanie et le reconditionnement de toute la famille, quelquefois. C'est ici que la relation médecin-malade peut-être la plus curatrice.

En ce qui concerne la psychiatrie lourde, les épileptiques, les schizoïdes, les délirants, il est important que le praticien sache les reconnaître rapidement. Or du fait de la formation des médecins, la

plupart n'ont jamais vu un de ces malades au cours de leurs études ou de leurs stages. Un minimum de stage en service de Psychiatrie ne les "laisserait pas désarmés vis-àvis de ceux-ci.

EN CONCLUSION

I - La formation du médecin ne fait pas [aussi] suffisamment la part du contingent de malades psychiatriques. Il est scandaleux de ne pas reconnaitre un schizophrène dès l'interrogatoire, et l'examen clinique. Et encore plus de traiter par des voies somatiques des malades qui n'en relèvent pas.

II - Il est séduisant de penser que l'abord des problèmes psychosomatiques à leur véritable niveau chez les psychosomatiques et des fonctionnels leur évite des manoeuvres inutiles et réalise du même coup une économie appréciable au niveau de la nation. Mais ceci n'est qu'une simplification abusive.

Dans nombre de cas, la maladie est un composé péniblement élaboré par le malade entre ses désirs et la réalité que lui, ni le médecin ne peut modifier.

Le chasser de la maladie et le considérer comme malade imaginaire revient à lui refuser toute aide, dans notre civilisation.

Pour ces cas, non point au niveau médical, mais en tant que simple citoyen, nous sommes conduits à nous demander si notre société conserve des facultés d'accueil et de modification de statut personnel tels qu'elle reste effectivement une société humaine, ~~que de méconnaitre un infarctus ou un ulcère perforé~~.

B I B L I O G R A P H I E

Franz ALEXANDER : La médecine psychosomatique ; Petite Bibliothèque Payot n°II

Michael BALINT : Le médecine, son malade et la maladie, Petite Bibliothèque Payot , n° 86

Carl Gustav JUNG : La guérison psychologique, préface et adaptation de Roland CAHEN; Librairie de l'Université Georg et Cie, GENEVE.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

VU, le Président de Thèse

Professeur H. GEOFFROY

VU, et permis d'imprimer

Le Doyen

Professeur H. GEOFFROY

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis (e) dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et meprisé (e) de mes confrères, si j'y manque.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

P L A N

I - Statistique de recrutement du service, sur une année.

1) somatiques purs
2) psychosomatiques
3) psychiatriques purs
4) cas-frontières - alcoolisme en particulier

II - Répartition à l'intérieur de chaque catégorie.

III - Suites données, en l'état actuel, pour les catégories 2, 3, 4 en :

- établissements psychiatriques
- personnel psychiatrique
- formation psychiatrique des généralistes

IV - Dynamique des affections psychosomatiques.

V - Quelques observations.

VI - Conclusions.